

## O novo estadiamento do câncer do pulmão

MAURO ZAMBONI<sup>1</sup>

O tipo histológico e o estadiamento do tumor são as duas variáveis mais importantes na análise prognóstica do câncer do pulmão<sup>(1-3)</sup>.

O sistema de avaliação da extensão do câncer do pulmão, baseado na análise do tumor primário, na avaliação dos linfonodos regionais e no envolvimento metastático (TNM), proposto originalmente por Denoix<sup>(4)</sup>, em 1946, já sofreu várias modificações no sentido de aperfeiçoá-lo.

Uma análise do estadiamento internacional para o câncer do pulmão, utilizado mundialmente nos últimos dez anos, mostrou problemas em duas áreas. O primeiro problema diz respeito ao mapa dos linfonodos mediastinais criado pelo Prof. Tsuguo Naruke, do Instituto de Câncer do Japão, e recomendado pelo *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) e aquele recomendado pela *American Thoracic Society* (ATS). O segundo problema diz respeito ao estadiamento TNM.

Estudos realizados em diferentes centros mundiais demonstraram uma sobrevida em cinco anos melhor nos pacientes T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (60,7%) que nos pacientes T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (37,6%). Por isso, dividiu-se o E I em I A (T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) e em I B (T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>).

A apresentação clínica T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> é infreqüente e a mudança de estágio baseado nos achados cirúrgicos é bastante comum. Entretanto, o prognóstico para esses pacientes (33,8%) é significativamente melhor que para os pacientes T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> (23,4%). Por essa razão, os tumores, classificados como T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> foram colocados no estágio II A e os T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> no estágio II B.

Os resultados terapêuticos finais dos pacientes T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, quando comparados com os outros grupos do estágio III A (T<sub>1-3</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub> e T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>), são evidentemente melhores. Pequena diferença é observada nos resultados finais entre os pacientes T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> e os T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> (E II B); portanto, é racional que o subgrupo T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> seja incluído no estágio II B.

O estágio III A inclui agora quatro categorias: T<sub>1</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>2</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>3</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub> e T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>.

O estágio III B permanece o mesmo, incluindo os tumores classificados como T<sub>4</sub>N<sub>1-2-3</sub>M<sub>0</sub> e T<sub>1-2-3-4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub>.

A definição do T<sub>4</sub> foi modificada. A presença de nódulo tumoral separado do tumor primário, mas no mesmo lobo, foi classificada como T<sub>4</sub>.

No estágio IV estão aqueles pacientes com metástases a distância – M<sub>1</sub>. Uma exceção à definição prévia: nódulo tumoral, separado, sincrônico, fora do lobo do tumor principal, no mesmo pulmão, é agora classificado como M<sub>1</sub>.

Sobrevida em cinco anos de acordo com o estágio clínico do câncer do pulmão<sup>(5)</sup>:

Estádio clínico	Sobrevida
I A (n = 697)	60,7%
I B (n = 1.191)	37,6%
II A (n = 29)	33,8%
II B (n = 361)	23,4%
III A (n = 511)	12,5%
III B (n = 1.030)	4,6%
IV (n = 1.428)	1,1%

### Novos grupos<sup>(5)</sup>:

Carcinoma oculto	TXN <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
E 0	TisN <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
E I A	T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
E I B	T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
E II A	T <sub>1</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>
E II B	T <sub>2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
E III A	T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>
	T <sub>1</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>
	T <sub>2</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>
E III B	Qualquer TN <sub>3</sub> M <sub>0</sub>
	T <sub>4</sub> qualquer N <sub>0</sub>
E IV	Qualquer T qualquer NM <sub>1</sub>

Modificações foram feitas também no mapa de classificação dos linfonodos mediastinais, com o objetivo de unificar os dois sistemas mais comumente utilizados nos últimos dez anos, isto é, o esquema usado pela AJCC, adaptado do trabalho do Prof. Tsuguo Naruke, e o esquema empregado pela ATS.

Limites anatômicos para as estações linfonodais: hilar 14, intrapulmonar e mediastinais foram melhor definidos.

Desse modo, essa nova classificação produziu um mapa linfonodal consistente e reproduzível, compatível com o es-

1. Presidente da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro; Presidente da Comissão de Câncer do Pulmão da SBPT; Pneumologista do Serviço de Cirurgia do Tórax do Hospital do Câncer/INCA/MS.

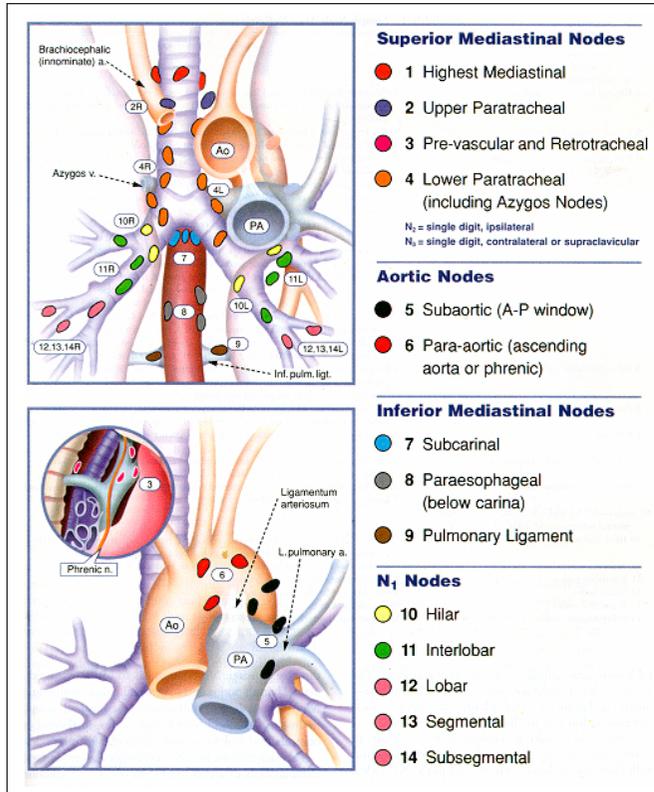


Figura 1 – Reproduzido de Mountain e Dresler<sup>(6)</sup>

tadiamento internacional para o câncer do pulmão e aplicável no estadiamento clínico, cirúrgico e patológico<sup>(6)</sup>.

Quatorze estações numeradas para a classificação dos linfonodos mediastinais (N<sub>2</sub>) e hilares e intrapulmonares (N<sub>1</sub>) são demonstradas na figura 1.

Todos os linfonodos N<sub>2</sub> estão envolvidos pela pleura mediastinal. Eles são numerados de 1 a 9 e incluem os linfonodos mediastinais superiores de 1 a 4, os linfonodos aórticos (5 e 6), e os linfonodos mediastinais inferiores (7, 8 e 9). De acordo com a localização do tumor primário, os linfonodos do mesmo lado são designados R (direito) e L (esquerdo); linfonodos pré-vascular e retrotraqueal são considerados ipsilaterais.

Todos os linfonodos N<sub>1</sub> estão localizados distantes da deflexão da pleura mediastinal e são numeradas de 10 a 14. Os linfonodos mais próximos do grupo N<sub>1</sub>, 10L e 10R são designados como hilares e os linfonodos de 11R/L a 14R/L são designados como linfonodos intrapulmonares.

A verdadeira extensão do comprometimento linfonodal no mediastino somente pode ser determinada pela linfadenectomia mediastinal radical. Esta não sendo realizada, corremos o risco de um subestadiamento<sup>(7-9)</sup>.

Apesar de todo o detalhamento, o impacto do comprometimento metastático linfonodal na sobrevida dos pacientes ainda não está completamente estabelecido.

Os trabalhos ainda não são definitivos quando analisam a relação entre determinado linfonodo e a sobrevida; o número e o nível dos linfonodos comprometidos<sup>(10-12)</sup>; a influência do tipo histológico; a importância do comprometimento intranodal e extranodal<sup>(13)</sup> e a influência de vários fatores biológicos<sup>(14)</sup>.

Um mapa de linfonodos único nos dará meios de coletar dados para maior conhecimento do padrão da disseminação metastática linfonodal e utilizar estes dados para estudos clínicos e de pesquisa de muita utilidade.

Essas recomendações foram aceitas pela AJCC e pela UICC e ratificadas na Irlanda, em 1997, durante a 8ª Conferência de Câncer do Pulmão.

## REFERÊNCIAS

1. Kemeny MM et al. Results of surgical treatment of carcinoma of the lung by stage and cell type. *Surg Gynecol Obstet* 1978;147:865-871.
2. Greensberg SD et al. Tumor cell type versus staging in the prognosis of carcinoma of the lung. *Pathol Annu* 1987;22(Part 2):387-405.
3. Lipford III EH et al. Prognostic factors in surgically resected limited stage non small cell carcinoma of the lung. *Am J Surg Pathol* 1984;8:357-365.
4. Denoix PF. Enquete permanent dans le centres anticancereux. *Bull Inst Natl Hyg* 1946;1:70-75.
5. Mountain DF. Revisions in the international system of staging lung cancer. *Chest* 1997;111:1710-1717.
6. Mountain CF, Dresler CM. Regional lymph node classification for lung cancer staging. *Chest* 1997;111:1718-1723.
7. Izibicki JR, Thetter O, Huberkest M et al. Radical systemic mediastinal lymphadenectomy in non small cell lung cancer: a randomized controlled trial. *Br J Surg* 1994;81:229-235.
8. Naruke T. Mediastinal lymph nodes dissection. In: Pearson FG, DesLauries J, Ginsberg RJ et al. *Thoracic surgery*. New York: Churchill-Livingstone, 1995;909-917.
9. Martini N. Mediastinal lymph node dissection for lung cancer. The memorial experience. *Chest Surg Clin North Am* 1995;5:189-203.
10. Maggi G, Casadio C, Mancuso M et al. Resection and radical lymphadenectomy for lung cancer: prognostic significance of lymphatic metastases. *Int Surg* 1990;75:17-21.
11. Conill C et al. Prognostic significance of metastases to mediastinal lymph node levels in resected non small cell lung carcinoma. *Cancer* 1992;72:1199-1202.
12. Mountain CF. Surgery for stage IIIA-N2 non small cell lung cancer. *Cancer* 1994;73:2589-2598.
13. Theunissen PH et al. Intranodal and extranodal tumor growth in early metastasized non small cell lung cancer: problems in histological diagnosis. *J Clin Pathol* 1994;47:920-923.
14. Sauter ER et al. p53 and disease progression in patients with non small cell lung cancer. *Surg Oncol* 1995;4:157-161.